



UNIVERSITETET I  
NORDLAND

## **BACHELOROPPGAVE I SYKEPLEIE**

**“Hvordan benytter sykepleieren kommunikasjon  
for å hjelpe pasienten å mestre kroniske smerter?  
– Konsekvenser for praksis.”**

Emnekode: SYK 180H

Dato: 11.04.2014

Kandidatnr.: 71 & 62

Totalt antall sider: 41



## Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse .....	i
1.0 INNLEDNING .....	1
2.0 METODE .....	4
2.1 Hva er en metode? .....	4
2.2 En kvalitativ tilnærming .....	4
2.3 Om narrativ som datasamlingsmetode .....	5
2.3.1 Forskningsetiske betraktninger .....	6
2.4 Metodekritikk .....	7
3.0 KRONISKE SMERTER .....	8
3.1 Kroniske smerter – ei avklaring .....	8
3.2 Den kroniske smertens hensikt .....	9
3.3 Kroppslige aspekter om bakgrunnen for kroniske smerter .....	9
3.4 Hvordan opplever pasienten kroniske smerter .....	11
3.5 Kroniske smerter og sorg .....	12
3.6 Tidligere forskning .....	13
4.0 TENKNING OM SYKEPLEIE .....	15
4.1 The Primacy of Caring .....	15
4.2 Caring Comes First .....	15
4.3 Begrepet sykdom .....	16
4.4 Stress og Coping .....	17
4.5 Menneskesyn .....	18
4.6 Mening til mestring .....	19
5.0 FUNN .....	20
5.1 Naiv lesning .....	20
5.2 Å se pasienten .....	20
5.3 Å hindre «barrierer» for kommunikasjon .....	22
5.4 Å lytte aktivt .....	23
5.5 Å fremme muligheten for håp og trygghet .....	24
6.0 DRØFTING .....	25
6.1 Å se pasienten .....	25
6.2 «Barrierer» for kommunikasjon .....	27
6.3 Å lytte aktivt .....	30
6.4 Å fremme muligheten for håp og trygghet .....	31
7.0 KONSEKVENSER FOR SYKEPLEIEPRAKSIS .....	32
LITTERATURLISTE .....	33
VEDLEGG .....	40
Vedlegg 1. Informantbrev .....	40

## 1.0 INNLEDNING

Denne bacheloroppgaven har «kronisk smerte» som tema. En smertedefinisjon sier «*Smerter er det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte*» McCaffery og Beebe hentet i Stubhaug og Ljoså (2008, s. 25). Ut fra det forstår en at smerte er en subjektiv opplevelse. Hva pasienten beskriver som smerte er smerte. Det er flere viktige argumenter for å belyse fenomenet med et sykepleiefaglig perspektiv. Ifølge Almås, Danielsen, og Berntzen (2010) er smerter den vanligste grunnen til at mennesker oppsøker helsevesenet. Nesten 50% av voksne pasienter som oppsøker lege har smerter (Almås et al., 2010). Blant disse har 40% av pasientene hatt smerter i mer enn tre måneder. Kroniske smerter i befolkningen er et omfattende problem. Ikke bare nasjonalt, men også internasjonalt (Landmark et al., 2013; Ersek & Polomano, 2011; Raftery et al., 2011; Almås et al., 2010). Ifølge folkehelseinstituttet rammer kroniske smerter rundt 30 % av den voksne befolkningen, og er den viktigste årsaken til langtidssykefravær og uførhet (Nielsen, Steingrimsdóttir, Berg, & Hånes, 2010). Rustøen og Wahl (2008) sier at for mennesket som er rammet står både kroppslig, mentalt, åndelig og sosialt velvære på spill. Livskvaliteten kan reduseres betraktelig. Ifølge Almås et al. (2010) er det spesielt viktig å ta utgangspunkt i hva pasienten forteller om smertene sine, og hvilket behov han/hun har for hjelp. Sykepleieren er ofte den som ser pasientene over tid, og som via bruk av kommunikasjon kan få frem pasientens opplevelser av situasjonen (Almås et al., 2010). Sykepleie dreier seg mye om å møte den menneskelige opplevelsen av tap eller dysfunksjon (Benner & Wrubel, 1989). Kunnskap om den kroniske smerten er viktig for å se hvordan lidelsen påvirker pasientens livsprosess. Det er vist i en norsk studie at bare 18-32% av sykepleierne vurderte sin kunnskap om smerte til å være bra eller ganske bra. Sykepleieren har en nøkkelrolle i smertelindringen på grunn av nærhet til pasienten, og forskning internasjonalt underbygger sykepleierens viktige rolle. Sykepleieren må derfor ansvarlig-gjøres i sitt arbeide med smertepasienter (Rustøen, 2007).

Et særtrekk er at mennesker med kroniske smerter opplever mistenkeliggjøring fra både familie, omgangskrets og helsevesenet som et betydelig problem. Undersøkelser viser at kanskje dette er enkeltfaktoren som er det største hinderet for tilpasning i tilværelsen som kronisk syk (Almås et al., 2010). Eide og Eide (2007) trekker fram at god kommunikasjon er viktig for å bygge en relasjon med pasienten. Som sykepleiere er det viktig å kommunisere på en måte som gjør at pasienten føler seg sett, forstått og akseptert. Kommunikasjon består av at

to eller flere personer, som sender eller mottar verbale og ikke-verbale (kroppslige) signaler. Selv om det fremstår som en enkel prosess er det i virkeligheten komplekst (McCabe & Timmins, 2013). Kommunikasjonen kan kalles terapeutisk når formålet er styrkning av pasientens evne til mestring, samhandling og tilpasning (Damasceno et al., 2012).

Forforståelsen er en tolkning av omverdenen med utgangspunkt i erfaringer. Det er viktig å være klar over at den bevisst eller ubevisst kan være med på å farge oppgaven (Aadland, 2004). En hjelper som skal kommunisere med smertepasienter, møter mange utfordringer (Eide, 2008). Som studenter i praksis har forfatterne av oppgaven opplevd enkelte møter med den kroniske smertepasienten som utfordrende. Følelsen av å «komme til kort» har vært tilstede. En forforståelse er at sykepleiere kan ha manglende kunnskaper om hvor mye lidelse denne smertetypen kan påvirke livskvaliteten til mennesket. Noen ganger har det fremstått som om sykepleiere ikke er nok oppmerksom sin kommunikasjon og dens formål.

På veien fram mot problemstillingen er det benyttet både fagbøker, forskningslitteratur, oppslagsverk på nett, tidligere studentoppgaver og veiledning. Med oppgaven søkes det å finne hvordan sykepleieren er bevisst sin kommunikasjon i pasientrelasjonen. Hovedfokus er hva sykepleier kommunikativt kan bidra med som kan føre til at denne pasientgruppen opplever økt mestring. Hensikten med oppgaven er også et ønske om å bidra med (mer) bevissthet til hvordan sykepleiere bruker kommunikasjon ovenfor kroniske smertepasienter. Problemstillingen i oppgaven er: Hvordan benytter sykepleieren kommunikasjon for å hjelpe pasienten til å mestre kroniske smerter? - konsekvenser for praksis.

Grunnet oppgavens omfang er det nødvendig med avgrensninger for hva oppgaven skal romme. Fokus er rettet mot kroppslig erfarte smerter og hvordan de påvirker pasientens liv. Oppgavens empiri baseres på fortellinger fra informanter som er sykepleiere i somatiske sykehus. Utvalget er tilfeldig med hensyn til at sykepleierne jobber ved ulike avdelinger og er sykepleiere både med og uten videreutdanning. I litteratur skilles det ofte mellom kroniske smerter som skyldes maligne sykdommer og kroniske smerter som skyldes ikke-maligne tilstander (Almås et al., 2010). Dette skillet er ikke tydeliggjort i oppgavens empiri. Oppgaven har ikke rom for å ha med utdyping av alle problemområder som kan føre til kroniske smerter, da det kan være mange bakenforliggende årsakssammenhenger. Andre sykepleietilnærminger, for eksempel administrering av medikamenter belyses ikke.

Oppgaven er delt inn i syv kapitler. Etter innledningen følger kapittel to med metodedelen, hvor avklaring om metode kommer. Det gjøres rede for valg av metode, samt innhenting av empiri. Tredje kapittel beskriver ulike sider ved fenomenet kroniske smerter. Kapittel fire vies til å redegjøre for valg av sykepleieteoretiker. Kapittel fem utgjør en presentasjon av forskningsfunn, mens kapittel seks inneholder diskusjon. I oppgavens siste del, kapittel syv, viser hvilke konsekvenser funnene kan ha for praksis. Antall ord i oppgaven er 9973.

## **2.0 METODE**

I dette kapittelet kommer først en avklaring om hva som ligger i begrepet metode. Deretter beskrives tilnærmingen som benyttes samt metoden som er brukt til å hente evidens. Kapittelet avsluttes med en kort metodekritikk.

### **2.1 Hva er en metode?**

Halvorsen (2002) forklarer at metode er en systematisk måte å undersøke virkeligheten på i den menneskeskapte verden. Gjennom bruken av metoder vil en evne og oppdage de strukturer, årsaker og meninger, som har betydning for individ og gruppe. Videre trekker han fram Tranøy (1986) for å vise til at en metode er mer enn en undersøkelsesteknikk. Det er læren om å samle inn, organisere, bearbeide, analysere og tolke sosiale fakta på en slik måte at andre kan granske og kontrollere hva en har gjort.

### **2.2 En kvalitativ tilnærming**

For å belyse problemstillingen benyttes en kvalitativ tilnærming. Den egner seg særlig godt til innhenting av data om sosiale relasjoner, meninger bak adferd og den sosiale konteksten som handlinger og meninger utvikles innenfor (Halvorsen, 2002). Fortolkning spiller en sentral rolle i den kvalitative tilnærmingen. En kan derfor fokusere på meningsinnholdet som ikke er umiddelbart innlysende. Fortolkningen gir mulighet til å forstå menneskelig væremåte og uttrykksmåter, slik det uttrykkes av de som er gjenstand for undersøkelsen. Et ideal i den kvalitative tilnærmingen er at den bør være mer fleksibel enn den kvantitative metode (Halvorsen, 2002). Noen kjennetegn ved en kvalitativ tilnærming er at den går i dybden, får frem det som er spesielt og eventuelt avvikende, har ustrukturerte observasjoner, og at forskeren erkjenner påvirkning og delaktighet. Datainnsamlingen skjer i tillegg via direkte kontakt med feltet. Data som samles inn tar sikte på å få frem sammenheng og helhet. Fremstillingen tar sikte på å formidle forståelse (Dalland, 2007).

### 2.3 Om narrativ som datasamlingsmetode

Narrativ betyr fortellende, og gjelder handlingsgangen i en fortelling (Wangenstein, 2005). Dette sitatet av Heaven (hentet fra Kokkersvold, 2010) sier noe om hva en fortelling er og hvor betydningsfull den kan være. *“Stories have ontological status. We are always enveloped in stories. The narrative for human beings is analogous to the ocean for fishes”* (s. 93). Historier har ontologisk status. Ontologi er læren om tingenes eksistens, vesen og egenskaper (Wangenstein, 2005). Mennesket lever, puster og beveger seg gjennom fortellinger i løpet av livet. Disse historiene formes av hvordan mennesket lever livet sitt. En omgis av historiene i en kontinuerlig prosess. Har mennesket ikke inngått i historier, har en heller ikke eksistert.

Narrativ metode er en anerkjent og kvalitativ metode innenfor hermeneutisk vitenskap, hvor en er ute etter meninger og opplevelser (Nissen & Knutsen, 2010). Hermeneutikk vil si å skape forståelse og finne mening ved å beskrive og fortolke fenomener innenfor de sammenhenger fenomenene formidles. Hensikten med dette er å søke forståelse av virkeligheten slik den framtrer, og gjøre den tilgjengelig for hverandre. Kunnskap utvikles ved at en reflekterer over erfaringer ved bruk av teori (Nissen & Knutsen, 2010). En definisjon av narrativ kommer fra Talseth (2001):

*«Narrativer eller fortellinger er en grunnleggende form vi mennesker bruker for å uttrykke og kommunisere menneskelig liv og erfaringer, og er den form som mennesker spontant anvender for å skape mening og sammenheng i sin verden. Å be mennesker fortelle om sine erfaringer er en velegnet metode for å forstå betydningen av erfaringene»* (s.21).

I definisjonen kan en se meningsbærende elementer som at mennesker hele tiden er i dialog med hverandre, for å gi verden sammenheng og mening. Å be noen fortelle sin historie, kan hjelpe andre å forstå betydningen av erfaringene. Det må være en situasjon som bidrar til at fortellingen får liv. Det må være en mottaker som stiller spørsmål og/eller refleksjoner til historien som fortelles. Narrativer konstruerer en virkelighet som andre kan ta del i. Den individuelle fortelling blir en fortelling som tilhører fellesskapet i en kunnskapsutviklende hensikt (Nissen & Knutsen, 2010).

Her benyttes metoden for å belyse hvordan sykepleiere benytter seg av kommunikasjon for å fremme mestring hos kroniske smertepasienter. Flere faktorer kan påvirke resultatet. Hovedkilden til narrativer intervju. Å intervju krever tid og ressurser fra forskeren. Valget falt grunnet tidsmessige rammer på oppgaven, på å forespørre sykepleiere om et skriftlig narrativ. Narrativer oppmuntres og skapes i en bestemt sosial kontekst. Historien fortelles av noen og kan preges av hvem den fortelles til. Forholdet mellom fortelleren og tilhøreren, samt den bredere sosiale konteksten kan påvirke narrativen. Mulighetene for å finne kunnskap som gir mening i narrativ forskning er mange. En kan imidlertid gå seg bort i mylderet av informasjon når en blir deltaker i andre menneskers narrativer. Det samme med ulike teoretiske forståelsesmåter. En må hele tiden spørre seg hva en prøver å forstå, være lyttende til fortellingen og bevisst egen påvirkning. Uansett hvordan konklusjoner er oppnådd, kvalitativt eller kvantitativt, kan ikke resultatene bli ansett som en «absolutt sannhet» (Kokkersvold, 2010).

Narrativene analyseres ved å benytte en hermeneutisk fortolkningsprosess. Fortolkningsprosessen består av to deler, hvor første del består av naiv lesning. Den naive lesningen er første gangen en leser teksten. Det gir leseren en overordnet forståelse av hva teksten handler om. Andre del består av en strukturanalyse av teksten, hvor en går inn i narrativen og ser etter meningen avsnitt for avsnitt. Hensikten er en forklaring av teksten, samt å få fram hva som blir sagt eller omtalt (Dreyer, 2010).

### **2.3.1 Forskningsetiske betraktninger**

Det hentes inn narrativer fra sykepleiere. Derfor er det viktige forskningsetiske hensyn en må gjøre. Sykepleierne som blir forespurt om å delta skal kunne gi informert og frivillig samtykke. De må derfor opplyses om hva prosjektet går ut på, hensikten, mulige ulemper ved deltakelse og at de kan trekke seg når som helst i prosjektet. Informasjon må være både muntlig og skriftlig (Brinchmann, 2008; Alver & Øyen, 1997). Et viktig aspekt i forskningsetikken, er at den som deltar i en vitenskapelig undersøkelse skal være trygg på at vern av personopplysninger opprettholdes. Det vil her si at ingen andre enn forfatterne skal kunne vite hvem informantene er. Det skal sikre mest mulige korrekte data (Brinchmann, 2008). Fortellingene er derfor anonymiserte. Rådata inngår ikke i selve oppgaven og destrueres etter gjeldende retningslinjer.



## **2.4 Metodekritikk**

Svakheter med valgt metode kan tenkes å hvile på at oppgaveforfatterne benytter seg av den for første gang. Dette kan ha en innvirkning på den metodiske gjennomføringen og dermed funnene som fremkommer. Det foreligger en risiko for at noe ved den muntlige historiens særpreg går tapt når man innhenter skriftlige narrativer. Oppgavens empiriske fundament er avhengig av kvaliteten og lengden på narrative, samt antall deltakere.

### **3.0 KRONISKE SMERTER**

Kapittelet rommer først en kort avklaring. Deretter kommer ulike aspekter knyttet til kronisk smerte. Hva slags hensikt den har for mennesket? Etiologien, hvordan smertene kan tre frem, og noen kroppslige aspekter for bakgrunnen til smertene belyses også. Noen perspektiver på pasientens opplevelse som «bærer» av kroniske smerter, samt sorg ved kronisk lidelse er med.

#### **3.1 Kroniske smerter – ei avklaring**

I litteraturen skilles det mellom to forskjellige typer smerte; akutte og kroniske. I medisinsk sammenheng betyr kronisk langvarig og at noe ikke nødvendigvis vil vare for alltid. Begrepet langvarig brukes derfor ofte for å unngå assosiasjoner til smerte som aldri går over (Fors, 2012; Almås et al., 2010). Grensesettingen for når smerter er kroniske kan være vanskelig. Den vanligste måten å definere kronisk smerte på beror på hvor lenge den har vedvart. Smerter som ikke skyldes livstruende sykdom, ikke-maligne smerter, beskrives vanligvis som kroniske ved tre måneders varighet mens i forskningssammenheng foretrekkes seks måneders varighet. Til sammen utgjør tre og seks måneders varighet de vanligste tidsmarkørene. (Bonezzi, Demartini, & Buonocore, 2012; Almås et al., 2010; Werner & Leden, 2010). Bonezzi et al. fremmer forslag om å dele kroniske smerter i tre grupper som bygger på kliniske tegn, varighet, fysiologiske og psykologiske mekanismer. Hvilket hevdes å tillate at en definerer kronisk smerter som en sykdom i seg selv (Bonezzi et al., 2012). Smerte er en kompleks oppfatning som formes av hjernemekanismer, men som preges av individets tidligere erfaringer, læring, kulturelle og psykologiske forhold. Smerte er heller ikke en isolert og mental konstruksjon i et foranderlig og plastisk nervesystem, men er en konkret opplevelse av kroppslig ubehag og lidelse (Rustøen & Wahl, 2008).

### 3.2 Den kroniske smertens hensikt

En vet at akutte smerter har biologisk nytteverdi for mennesket. De kan fortelle oss om vi har skadet oss, om vi har blitt syk, og kan hjelpe oss til å avslutte eller lære hva som er skadelige handlinger og/eller aktiviteter (Almås et al., 2010). Cole og Røen (2011) sier at kroniske smerter derimot ikke er et tegn på at noe i utgangspunktet er farlig, eller at noe i kroppen er skadet. Det er unyttige og «feilaktige» signaler om smerte eller andre fysiske følelse som blir «behandlet som viktige». Påstanden støttes av Bonezzi et al. (2012) som sier at i motsetning til akutt smerte har kroniske smerter ingen overlevelsens verdi, og mangler den beskyttende siden. De tjener tilsynelatende ingen hensikt og er bare en plage uten nytteverdi.

### 3.3 Kroppslige aspekter om bakgrunnen for kroniske smerter

Kroniske smerter kan skyldes forskjellige langvarige sykdomstilstander. De kan ha klare årsaker, men er også ofte et uløst «mysterium» (Almås et al., 2010). Det finnes ulike klassifikasjoner av smerter, med flere undergrupper. Et vanlig skille går mellom nociseptiv, nevropatisk og idiopatisk smerte. De ulike smerteformene kan forekomme alene eller sammen. Nociseptiv smerte er den «vanlige» smerten som oppstår fra truende eller eksisterende vevsskade i kroppen. Nevropatisk smerte er nervesmerte, av skader eller sykdom i større eller mindre deler av nervesystemet. Eksempelvis kan en slik type smerte oppstå etter amputasjon eller et større kirurgisk inngrep. Det finnes perifere nevropatiske smertesyndromer, for eksempel i form av helvetesild og senskader av diabetes, og det finnes sentrale nevropatiske smerter som forårsakes av en primær skade eller dysfunksjon i det sentrale nervesystemet, for eksempel etter hjerneslag, ryggmargsskade eller multippel sklerose. En kan få nervesmerter på grunn av økt følsomhet(sensitivering) av nervene, for eksempel ved fibromyalgi, sensitiv blære, sensitivt kjeveområde eller i tykktarm. De sistnevnte tilstandene kalles ofte for sentrale sensitiviseringslidelser (CSS) eller «smerter uten kjent årsak». Idiopatisk smerte er et medisinsk uttrykk for smerte uten kjent årsak. Disse smertene har gjerne et kronisk forløp og kan være sammensatte med ulike smertekarakterer, være utbredt og medføre emosjonelle, atferdsmessige og sosiale problemer. Smerter uten kjent årsak utgjør en stor gruppe. Noen ganger brukes begrepet psykogen smerte om dette, men dette er et for de aller fleste smerter, et uegnet begrep som sjeldent kan brukes (Fors, 2012). Wolf (sitert i Fors, 2012) sier at «smerte føder smerte» (s.100). Det er et uttrykk for at smerte brer seg utover i tid, det vil si økt følsomhet eller sensitivering. Jo flere og omfattende

smertefulle tilstander, desto større er sjansen for at smertene blir langvarige. Ved kronisk smertesyndrom er smerten blitt et hovedproblem og må sees på som en sykdom i seg selv. Selv ved smertetilstander som har startet med kjent nocisepsjon eller nevropati, vil ikke lenger årsaken til smertene helt ut forklare graden av invalidisering (Almås et al., 2010). Ifølge Nordtvedt & Nordtvedt (referert i Almås et al., 2010) og Stubhaug og Ljoså (2008) kan en med dagens behandlingsmetoder ikke fjerne smerte som har vært til stede over mange år. Ved en vedvarende stimulering av nociseptorer vil det skje endringer i ryggmargens bakhorn og muligens også i hjernens oppfatning av impulser fra de perifere nervene. Selv om årsaken til smerten forsvinner, kan man altså risikere å kjenne smerte.

Smerte avhenger av type irritasjon eller skade, og av hvordan vi forholder oss til den. Smerte er en sensorisk og emosjonell opplevelse, og består av både kroppslige og mentale dimensjoner. Smerten er alltid subjektiv og reell for den som opplever den (Fors, 2012). Tradisjonell biomedisinsk tenkemåte er ofte til liten hjelp for pasienter med kroniske smerter. Årsakssammenhenger har ofte sammensatte og flere dimensjoner. Grunnleggende årsaker kan for eksempel være genetiske faktorer eller psykologisk sårbarhet i tillegg til sosiale og kulturelle forhold. Videre kan man ha livsstilsfaktorer som for eksempel dårlig fysisk form, røyking, stress og sosial læring. Utløsende årsaker er gjerne det pasientene forklarer plagene sine med. Hvis det ikke finnes en logisk forklaring, innledes gjerne en langvarig leting da pasientene naturligvis ønsker en forklaring på «årsaken til smertene». Noen ganger lar dette seg enkelt gjøre. Smerteterapeuter over hele verden har imidlertid fortsatt problemer med å gi gode svar på dette i mange tilfeller. Vedlikeholdende årsaksfaktorer kan være både biologisk, andre kroppslige og/eller sosiale aspekter. Her er det veldig mye som kan påvirke. Eksempelvis arr, skader, depresjoner, måten man tenker på, og hvilke tolkninger man har om hva smertene betyr (Fors, 2012).

### **3.4 Hvordan opplever pasienten kroniske smerter**

Smertene kan være uforståelige, meningsløse og true opplevelsen av både egen identitet, håp og tro på framtiden (Fors, 2012). Den er livsforandrende (Fisher et al., 2007). Smerte er vondt uavhengig av hva vi kaller den, hvordan vi tenker oss årsaksforhold, strategier for å håndtere den og eventuell behandling. Det som ikke har en fysiologisk påvisbar årsak, så langt vi i dag kjenner til, har særlig lett for å bli avfeid som «bare psykisk». En slik forståelse er feilaktig og bør være forhistorisk i behandlingsapparatet og allmennheten. Mennesket er fullt og helt tilstede kroppslig og emosjonelt til enhver tid. Å kategorisere helt fra hverandre går ikke (Frank, Hanssen, & Beiske, 2013). Det er også en myte at en kan se på folk at de har smerte. Faktum er at det ikke nødvendigvis er tilfelle da det som regel ikke er ytre tegn på kronisk smerte. Denne misforståelsen kan skape mye ubehag for smertepasienter (Newton, Southall, Raphael, Ashford, & LeMarchand, 2013; Fors, 2012). Jean Jackson har gjort feltarbeid blant pasienter med kroniske smerter ved en smerteklinikk. Ifølge henne er det en grunn til at det er vanskelig å kommunisere om langvarige smerter da omverdenen forventer en type «automatisk oppførsel» når man har vondt. En kommunikasjon med gråt og grimaser forventes å være midlertidig og før eller siden stoppe opp. Dette gjør det ekstra vanskelig for den som har kronisk/langvarig vondt. Dersom en person ikke ytrer å ha vondt, vil omverdenen tro at vedkommende ikke har smerter. Det er en utfordring for pasienter med langvarige smerter å kommunisere smerten. En må uttrykke smerter periodevis for å bli trodd, ellers vil mennesker rundt en glemme at smertene er der hele tiden (Hillestad, 2007). Pasienter som har lang fartstid i helsevesenet med kronisk somatisk sykdom, formidler at det har vært mange konsultasjoner med liten tid og mye mekanisk prat om kropp. Pasientene føler seg oppdratt til å gi kort og konsis informasjon om kroppslig tilstand og sykdomsutvikling. Smerten har blitt en teknisk sak de føler nesten ikke blir sett på som å handle om dem selv, men heller løsrevet fra livene deres. Ved flere kroniske sykdommer sier pasientene at smerte er det symptomet som er viktigst å behandle. Dette fordi at som kronisk smertepasient kan en gå i en konstant beredskap for å takle utfordringene med smertene. Smertelig erfaringsensomhet kan være et fellestrekk, og rom for formidling av smertene kan virke lindrende (Frank et al., 2013; Fisher et al., 2007). For pasienter med kroniske smerter vet en at pasientens tanker om smertetilstanden, spesielt verstefallstenking, kan ha betydning for opplevelsen av smerte og funksjonsnivå. Positivt stemningsleie kan gjøre at smertene skåres lavere, mens for eksempel frykt eller følelsen av hjelpeløshet kan forverres (Fors, 2012; Fisher et al., 2007). Personlighet, kultur, situasjon og «innstilling» påvirker også smerteerfaring og rapportering

(Snelgrove & Liossi, 2013; Fors, 2012). Tips om måter å forstå og takle smerten på kan være til hjelp. Trofaste venner, støttende familie eller helsepersonell som en har tillit til, kan lindre smertene med god dialog (Frank et al., 2013).

### **3.5 Kroniske smerter og sorg**

Lidelse og sorg følger ofte kronisk smerte, og kan romme mange dimensjoner (Dysvik, Kvaloy, & Furnes, 2014; Dysvik, Natvig, & Furnes, 2013). Sorg er en reaksjon på å miste noe som er verdifullt for en. Det er mye som kan gå tapt ved en kronisk lidelse; helse, jobb, økonomi, funksjon, rolle, identitet og «mulige selv». Nået og framtiden kan bli mistet av syne. Kroniske smerter kan i alvorlig grad forringe livskvaliteten (Dahl, 2007). Det er vist sammenheng mellom kroniske smerter og angst og depressive lidelser. Når det ene er der, vil det andre ha en tendens til å følge med (Kranz, Bollinger, & Nilges, 2010; Dahl, 2007). Å skille sorg fra depresjon kan være vanskelig. Sorg er en naturlig del av livet og er knyttet til det å kjenne kjærlighet til noe eller noen. Sorgen er det som kan få det til å midlertidig rakne for noen. Depresjonen derimot angriper selvfølelsen nådeløst og kan gjøre at en mister evne til å kjenne på følelser- både sorg og glede. Sorg må sørges, men depresjon må behandles. Tankene som holder en oppe (mestring) kan bli det som holder sorgen for langt unna. Å minimalisere slik at sorgen kommer i passe doser, kan være rasjonelt i en periode. Som en vedvarende strategi kan det være uheldig å ikke tillate seg sorgen over å miste sitt friske liv. Å tillate sorgen er å gi rom også for gleden. Motsatt går gjerne gleden med i dragsuget når sorgen ikke kan sørges. Glede beriker livene våre og er en buffer mot smerte som kan bygge opp motstandskraften. Å forholde seg til sorg handler altså både om å tillate den og å sørge den, men også sette rammer rundt den slik at den ikke tar all plass i livet og fører til depresjon (Fjerstad, 2010). Forståelsesrammer og forklaringer på smerteopplevelsen bør ifølge Dysvik et al. (2014) innlemme både pasientens subjektive opplevelse og fenomenologiske dimensjoner.

### 3.6 Tidligere forskning

Forskningen er hentet fra PubMed, Svemed+ og Sykepleien forskning. Den viser kronisk smerte som en stor utfordring for myndigheter og helsevesen på både lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Strategiske prioriteringer er nødvendig for å adressere problemet. Det fremkommer ingen entydig definisjon for når smerten blir definert som kronisk (Landmark et al., 2013; Bonezzi et al., 2012; Raftery et al., 2011).

Forskning viser at lidelse og sorg ofte følger kroniske smerter. Endring av perspektivet en ser smerte med kan lindre lidelse, og fremme mestring. At pasienten har en aksepterende holdning til smertene, for å kunne kjempe for det han/hun selv anser som meningsfullt, fremkommer som viktig. Pasientens opplevelse av kroniske smerter er livsforandrende og kan true et liv i verdighet. Tilleggsbelastninger kan være; opplevelsen av stigma, isolasjon, frykt for framtiden og opplevelsen av og ikke bli trodd. Dette kan føre til/forsterke emosjonelle plager som depresjon, skyldfølelse og sinne. Støtte fra familie, venner og profesjonelle kan fremme mestring. Noe å holde på med, for eksempel tilpasset arbeid og/eller aktivitet kan fremme ny mening etter livsforandringen. En positiv tilnærming og kommunikasjonen trekkes frem som viktig for å kunne hjelpe pasienten (Dysvik et al., 2014; Dysvik et al., 2013; Kranz et al., 2010; Newton et al., 2013; Snelgrove & Lioffi, 2013; Hansson, Fridlund, Brunt, Hansson, & Rask, 2011; Nortvedt, 2008; Fisher et al., 2007; Clarke & Iphofen, 2005).

Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient har flere formål. Den kan være viktig for selvstyrking (empowerment) og mestringsevnen hos pasienten. Den bør ses på som en del av behandlingen. Det fremstår som en utfordring å kommunisere på en god måte (Tveiten & Meyer, 2009).

Empati vises av forskning å ha en viktig rolle i sykepleie. Menneskets evne til empati sies å kunne forklares av nevrobiologien. Effekten av empati oppnås kun når sykepleieren kan kommunisere en empatisk forbindelse til pasienten. Aktiv lytting kommer frem som en forutsetning for å vise empati (K. Kelley, J & Kelley, 2013; K. J. Kelley, Lep, & Frinzi, 2011).

Det blir i artiklene belyst hvordan begrepet håp kan forstås i filosofi og empirisk forskning. Hvilket kan gi klinikere og sykepleiere i samtale med pasienter en forståelse for de ulike aspekter av håp. Strategier sykepleiere kan benytte for å skape et håpefullt miljø beskrives også (Herrestad, 2009; Kautz, 2008).



## 4.0 TENKNING OM SYKEPLEIE

I dette kapitlet vil valg av teoretikere og deres tenkning om sykepleie beskrives. Det fortelles kort hvem de er før sentrale begreper i deres teori tolkes. Kapitlet avsluttes med hvordan sykepleieren kan benytte seg av teorien for å fremme mestring hos pasienter.

### 4.1 The Primacy of Caring

Benner og Judith (1989) skrev boken «*The Primacy Of Caring*» sammen, mens de på 1980 tallet jobbet ved University of California som professorer ved sykepleierutdanningen. Boken er viet en fortolkende sykepleieteori hvis mål er å hjelpe mennesker å mestre det å leve med stress skapt av sykdom. Teorien bygger på Benners tidligere arbeid «*From Novice to Expert: excellence and power in clinical nursing practice*». Den gransker forholdet mellom begrepene caring, stress og coping, og health (Benner & Wrubel, 1989). Begrepene kan oversettes til norsk og betyr da omsorg, stress, mestring, og helse (Kirkeby & Kirkeby, 2012).

### 4.2 Caring Comes First

Om «caring» sier Benner og Wrubel (1989):

*“Caring as it is used in this book means that persons, events, projects and things matter to people. Caring is essential if the person is to live in a differentiated world where some things really matter, while others are less important or not important at all”*(Benner & Wrubel, 1989, s. 1).

Caring slik begrepet forstås her, betyr at personer, hendelser, prosjekter og ting betyr noe for, eller gir mening for en som menneske. At mennesker bryr seg om noen eller noe, sier de er en essensiell egenskap for å kunne leve i en verden hvor enkelte ting er mindre eller mer viktig. De bruker uttrykket «caring» da det forbinder tanker, følelser, handlinger, det å vite og være menneske på en god måte. En kan beskrive hvordan en person er involvert med noe eller noen på flere måter ved å bruke dette uttrykket (Benner & Wrubel, 1989). De forsetter med å si: *“Because caring sets up what matters to a person, it also sets up what counts as stressful, and what options are available for coping. Caring create possibility”*(Benner & Wrubel, 1989, s. 1). Uttrykket “caring” bestemmer hva som betyr noe for en som person, og setter derfor rammer for hva som vil være stressfullt og hvilke alternativer en har til og kunne mestre noe. I kraft av å være et menneske som bryr seg, er en i en sårbar og/eller farefull posisjon. Dersom

ikke forhold, ting, hendelser eller lignende har noen betydning, vil de heller ikke kunne påvirke en. «Caring», å bry seg om noe(n) som har betydning for personen, fyller hverdagen til mennesker med mening, motivasjon og/eller mål som en kan jobbe mot i livet (Benner & Wrubel, 1989).

#### 4.3 Begrepet sykdom

Her redegjøres det for sykdomssynet til Benner & Wrubel. *“Health is not the absence of illness, and illness is not identical with disease. Illness is the human experience of loss or dysfunction, whereas disease is the manifestation of aberration at the cellular, tissue, or organ level”* (Benner & Wrubel, 1989, s. 8). Begrepene «illness» og «disease» betyr sykdom på norsk (Kirkeby & Kirkeby, 2012). I konteksten Benner & Wrubel benytter disse, forstår en at illness er opplevelsen av å være syk, mens disease er sykdommen selv. Illness, det å føle seg syk, er den menneskelige opplevelsen av tap eller dysfunksjon. Disease er derimot manifestasjonen av avvik/feil på et cellulært, vevs eller organisk nivå. Da illness er den menneskelige opplevelsen av å være syk, påvirker den oss i kraft av å ha en virkelighet. Benner og Wrubel (1989) sier: *«...in the end, all treatment must make sense in terms of the human experience; the efficacy of the treatment will be hindered and suffering will increase when the treatment does not match the patient's understanding of the illness”* (Benner & Wrubel, 1989, s. 9). Hvis ikke behandlingen tilpasses pasientens forståelse, vil pasienten lide mer og behandlingstiden øke. Derfor må behandlingen gi mening i forhold til en persons opplevelse av illness.

## 4.4 Stress og Coping

“Stress” og “coping” er to av de viktigste begrepene i boken til Benner & Wrubel, fordi teorien deres omhandler hvordan en kan mestre stress ved og utenom sykdom. Om begrepet stress sier de *“When we speak of stress here, we mean the person’s physical, emotional, and/or intellectual grasp that smooth functioning has been disrupted”* (Benner & Wrubel, 1989, s. 59). Stress er forståelsen en person har, kroppslig, følelsesmessig og intellektuelt, om at noe har gått forkjært i livet deres. Det er et avbrudd i hva som betyr noe for oss. Stress beskrives ikke som en tilstand som alltid må kureres, men Benner & Wrubel (1989) hevder: *«...stress is the inevitable result of living in a world in which things matter to one»* (s. 61). Stress er et uunngåelig fenomen, som oppstår da en lever i en verden hvor ting betyr noe for en (Benner & Wrubel, 1989).

Begrepet mestring må ses i lys av hva de legger i begrepet «stress». *“Stress is the experience of the disruption of meanings, understanding, and smooth functioning. Coping is what one does about that disruption”* (Benner & Wrubel, 1989, s. 62). Enkelt sagt kan en si at alt en gjør i respons til opplevd stress er en mestringsreaksjon, som for eksempel; å aktivt lete etter relevant informasjon for å endre måten en ser sykdom på. Om hvordan personen og mestring utfyller hverandre sier de.

*“The person is understood both to constitute and be constituted by meanings. This constitutive role of meaning is the ontological basis of perception. That is, the concerns, background meanings, skills, and practices of the person set up what counts as stressful and what the coping possibilities are. In the phenomenological view, coping can never be an unlimited choice from a list of effective and ineffective options. Instead, coping is bounded by the meanings and issues inherent in what counts as stressful”* (Benner & Wrubel, 1989, s. 63).

Det kommer frem at en mennesket bestemmer hva som har mening og blir formet av det som har mening for han/henne. Meninger former med andre ord hvordan en ser verden. Personlige bekymringer, det som har betydning for en som person, ferdigheter og rutiner bestemmer hva som vil være stressfullt. Samt mulighetene en har for å mestre stresset. Fra et fenomenologisk synspunkt, ifølge Wangensteen (2005) læren om fenomenene, bevisstheten og erkjennelsens former og utvikling, det som viser seg. Har en ikke ubegrensede muligheter for effektive eller ineffektive metoder for mestring. Nettopp fordi rammene for mestring, det som avgrenser hvordan en kan mestre noe, er betydningene og problemstillingene som ligger i det som regnes som stressende. Noen mestringsstrategier vil ikke alltid være relevante og faktisk ikke mulig å benytte fordi det ikke gir mening for en person å benytte dem (Benner & Wrubel,

1989). Mestring slik det tolkes ut fra Benner og Wrubels teori er altså en hvilken som helst handling som utføres for å vinne tilbake mening i livet. Innenfor avgrensningene av ens egne meninger, bekymringer, ferdigheter og rutiner.

#### 4.5 Menneskesyn

Benner og Wrubel (1989) benytter Heideggers menneskesyn når de skal forklare hva det betyr å være en person. «*A person is a self-interpreting being, that is, the person does not come into the world predefined but becomes defined in the course of life*» (s. 41). En person er et selvtolkende vesen, som defineres gjennom å leve sitt liv. Videre trer fire aspekter frem som utdypet menneskesynet. Kroppslig viten forklares først. Benner & wrubel (1989) sier «*our bodies as well as our minds are knowers*» (s. 42). Kroppen og sinnet besitter kunnskap i form av vaner og ferdigheter en tar som en selvfølge. Bilføreren som for eksempel skal gi gass, gjør dette ubevist. «*People as embodied intelligences are able to live in the world and recognize it as their world, a world of meaning*» (Benner & Wrubel, 1989, s. 44). Gjennom kroppen lever, tolker og reagerer en ubevisst på opplevelser. Kroppen kan gripe meningen i situasjon direkte. Hvis en skades eller blir syk, kan en miste en del av sin kroppslige viten. Kroppen kan føles fremmed og gjøre rehabilitering nødvendig (Benner & Wrubel, 1989). Det andre aspektet er at mennesker bærer med seg en bakgrunnsforståelse, en måte å forstå verden på. «*Background meaning is what a culture gives a person from birth; it is that which determines what counts as real for that person*» Benner og Wrubel (1989, s. 46). Kultur, historie, familie og egen livserfaring gir en forståelse av verden mening. Det tredje aspektet er at en bryr seg om noe(n). Mennesker involverer seg i verden ut fra det som bryr dem. «*Our caring causes us to be involved in and defined by our concerns*» (Benner & Wrubel, 1989, s. 42). Det en bryr seg om er med å definere hvem en er. Det fjerde aspektet er at en alltid står i en situasjon. «*They inhabit their world, rather than live in an environment*» (Benner & Wrubel, 1989, s. 49). Mennesket lever i sin verden og forstår den ut fra kroppslig viten, bakgrunnsforståelse og at en bryr seg om noe(n). Situasjonen forstås ut fra meningen den har, selve konteksten.

#### 4.6 Mening til mestring

Sykepleiere kan fremme mestring hos pasienten ved å hjelpe han/henne til å gjenvinne mening. For å kunne gjøre det må en forstå hva en situasjon kan bety for en person.

*“Understanding the meaning of the illness can facilitate treatment and cure. Even when no treatment is available and no cure is possible, understanding the meaning of the illness for the person and for that person’s life is a form of healing, in that such understanding can overcome the sense of alienation, loss of self-understanding, and loss of social integration that accompany illness”*(Benner & Wrubel, 1989, s. 9).

Om sykepleieren setter seg inn i hva det betyr for pasienten å være syk, blir det mulig å vise at en ser pasienten. En kan vise forståelse for betydningen pasienten legger i å være syk. Det kan være en form for helbredelse i seg selv at noen andre ser og/eller forstår situasjonen. På den måten kan sykepleieren hjelpe pasienten å overkomme følelsen av fremmedgjøring, tapet av sosial omgang og selvfølelse en kan få av å være syk. Sykepleieren står i en unik situasjon for å forstå opplevelsen av sykdom, og hva det betyr for pasienten å være syk. «Stress», det som har gjort noen syk, kan ikke kureres. Sykepleieren kan fra sitt ståsted hjelpe pasienten å overleve å være syk, til å mobilisere håp og omfavne bedring (Benner & Wrubel, 1989).

## 5.0 FUNN

Dette kapittelet viser det som framkom gjennom analyse av narrative. 14 informanter ble spurt. Av disse har seks deltatt med et bidrag hver. Samtlige informanter har møtt pasienter med kroniske smerter gjennom arbeidet sitt. Funnene presenteres som fire sub-temaer; å se pasienten, å hindre «barrierer» for kommunikasjonen, å lytte aktivt samt å fremme muligheten for håp og trygghet. Overordnet tema for disse er sykepleieren som aktiv deltaker i pasientens livsprosess. Sub-temaene utgjør til sammen oppgavens empiriske fundament. Først presenteres «det som viste seg» i den første tolkningsfasen, naiv lesning.

### 5.1 Naiv lesning

Den første gjennomgangen av narrative gav overordnet inntrykk av kommunikasjon i sykepleier-pasient relasjonen som kompleks. Faktorer som tid, kunnskap og varierende bevissthet om kommunikasjonens betydning. Virker alle som å kunne påvirke sykepleierens mulighet til å kommunisere godt. Kravet om effektivitet og ønsket om å «ta seg tid» til pasienten virker å kunne kollidere, og påvirke muligheten til å sette seg inn i hva det betyr for pasienten å være syk.

### 5.2 Å se pasienten

Et tema blant majoriteten av informantene er «å se» pasienten. En informant sier:

*«Sentralt i enhver kommunikasjon står et begrep som empati. Uten evne til empati vil man ofte komme til kort i å kunne hjelpe pasienten».*

Empati kan ha betydning for å bedre forstå hvordan pasienten opplever sin situasjon, og dermed hjelpe pasienten til bedre mestring. Pasientens opplevelse kan være viktig fordi:

*«Ber videre pasienten selv, -med egne ord beskrive hva han/hun oppfatter problemet å være. Dette er et bevisst valg, da jeg av erfaring har sett at det som står i henvisningen ikke samsvarer med det pasienten selv beskriver».*

Til sammenligning ytrer en annen informant dette:

*«Det viktigste er å forsøke å roe ned og dermed få tak på hva som plager pasienten mest, mangel på smertestillende eller mangel på informasjon, evt. andre ting».*

Å få frem den subjektive pasientopplevelsen er viktig for å forstå hans situasjon. På denne måten viser sykepleieren også en genuin interesse til å hjelpe. En annen informant kommer med følgende eksempel:

*«Ved å se på og lytte til pasienten oppfattet jeg smertene hennes forskjellig (enn hun selv gjorde). Ved å se på pas. oppfattet jeg smertene som om de var middels streke, men fra før vet jeg at kronikere lærer seg til smertene, og de trenger ikke virke smertepåvirket selv om de er det ... oppfattet jeg ikke sterke smerter- men pas. fortalte at smertene murret og ville bli sterkere dersom hun ikke fikk smertestillende ... jeg oppfattet at smertene da hadde stilnet- noe de da ikke hadde ... denne situasjonen tenker jeg ofte på, og reflekterer over hva jeg skulle gjort annerledes».*

Det kan virke som at informanten er tvetydig ved å gi uttrykk for at kroniske smertepasienter ikke trenger virke smertepåvirket, selv om de er det. Den subjektive oppfatning virker å føre til negative konsekvenser for hvordan pasienten blir møtt. Pasientens smerteproblem blir ikke fullt og helt tatt på alvor. Betydningen av eksempelet kan gi inntrykk av hvor viktig pasientens subjektive opplevelse er.

Kommunikasjon på tvers av yrkesgruppene er en annen måte å hjelpe pasienten på. En av informantene trekker frem det å argumentere på bakgrunn av sykehistorie, og pasientens subjektive opplevelse. Dette påvirker at adekvate tiltak blir utført:

*«Jeg forklarte da legen situasjonen på nytt, og argumenterte med at jeg trodde det var en del å hente på det å bare komme å møte gutten og informere om beslutningene som var tatt....det endte med at legen kom å pratet lenge med gutten...vi ble til slutt enige om at det ikke hadde kommet godt nok frem hva de reelle behovene var».*

Det kan tolkes dit at sykepleieren tar rollen som «pasientens advokat». Dette viser at sykepleieren ser pasienten og benytter kommunikasjon Inter-profesjonelt, for å hjelpe.

Måten en kommuniserer på kan åpne opp for at pasienten ser situasjonen sin med «andre øyne».

*«Viktig å ikke skremme pasienten men saklig informere. Dette for å få pasienten til å se seg selv litt utenifra, - og evt. se på andre tilnærminger og løsninger på hvordan å leve med smerter».*

Pasienten gis i dette eksempelet, muligheten til å kunne se situasjonen sin utenifra.

### 5.3 Å hindre «barrierer» for kommunikasjon

Sykepleierens mangel på tid kan skape barrierer for kommunikasjonen. Det kan hindre muligheter til å fremme pasientens mestring. Informantene fremstår bevisst på tid som et viktig aspekt:

*«Veldig ofte er det mye å hente med å bruke tid og snakke med pasienten».*

Tidsaspektet belyses videre i disse sitatene:

*«Jeg vet at sjefene sitter å overvåker tidsbruken...men dette må ikke gå ut over kvaliteten på arbeidet».*

*«Så ble vekten fryktelig travel, med en annen pas. Som ble dårlig og krevde mye. Samtidig ringte pas. med kroniske smerter på og sa hun trengte mer sm.stillende... legen ble purret på... da hadde timene fløyet av gårde og pas.var utslitt og holdt ikke ut smertene som virkelig hadde toppet seg. Pas fikk sm.stillende, men alt for sent...denne situasjonen reflekterer jeg ofte over hva jeg skulle gjort annerledes for at pasienten kunne sluppet de sterke smertene».*

*«Heldigvis er det ikke travelt hver dag og man har tid til å vise sympati som sykepleier, men av og til syns jeg det blir mye brannslukking».*

De kan også oppleve vanskelige situasjoner hvor de føler seg utilstrekkelige:

*«Jeg føler meg litt dum. Hva sier man egentlig til noen som opplever kronisk smerte... jeg er bare en av mange helsepersonell hun snakker med under dette lange oppholdet, og hun vil mest sannsynlig ikke møte meg igjen... jeg tenker at kanskje hadde jeg likevel hatt tid til å si de riktige ordene. Hvis jeg hadde visst hva de var».*

En forutsetning for å hjelpe er å tro på det pasienten sier. Pasientenes opplevelse av hvilken tilnærming de møtes med, kan være et hinder for optimal kommunikasjon, noe følgende informanteksempel kan eksemplifisere:

*«Ofte har de en følelse av å bare være en kasteball i systemet... Mange av pasientene har en følelse av å ikke bli trodd på».*



Faguttrykk i dialogen kan også hindre kommunikasjon:

*«Prøver å unngå at informasjonen blir belærende av karakter. Legger også vekt på å ordlegge meg folkelig, slik at budskapet blir forstått».*

Pasienten skal kunne forstå hva som blir sagt, og informasjonen bør ikke presenteres som den eneste «sannhet», men presenteres med omhu og respekt for det enkelte menneske.

## **5.4 Å lytte aktivt**

Noen informanter trekker fram at de benytter seg av aktiv lytting for å finne pasienten «der han/hun er». Det fremkommer som viktig å anerkjenne pasientens problem. Det kan skape trygghet hos pasienten om en viser at en er der for å hjelpe. En informant sier:

*«Aktiv lytting innebærer at man oppriktig gir uttrykk for at man ønsker å hjelpe pasienten».*

Et premiss for aktiv lytting beskrives her som å vise oppriktig at man bryr seg.

Kravet om effektivitet og arbeidspress i avdelingen beskrives av andre informanter som et hinder for aktiv lytting:

*«Gjerne er det mest aktuelle som blir prioritert...man haster videre, og tar seg ikke tid...til å ta i bruk det som står så fint i boka om aktiv lytting...spl viser seg travel og tar seg ikke tid til å lytte til hvordan pasienten har det...kroniske smerter kan ha en tendens til å bli avglemt»*

Dette kan gjøre at en prioriterer andre nødvendige ting enn den kroniske smerten. Helhetlig pasientomsorg kan bli mindre prioritert eller ikke få muligheten til å tre frem grunnet ytre faktorer i arbeidsmiljøet.

## 5.5 Å fremme muligheten for håp og trygghet

Et funn handler om kommunikasjon og håp. En av informantene beskriver det som betydningsfullt å kommunisere på en så ærlig og realistisk måte som mulig:

*«Det å være ærlig i kommunikasjonen i forhold til hvilke begrensninger vi står ovenfor i smertebehandlingen er viktig. Balansegang mellom å ikke ta håpet fra pasienten, og det å gi realistisk og ærlig informasjon».*

Pasienten må samtidig forstå sykepleierens argumenter:

*«Det blir en veksling mellom å høre på pasientens historie, og å bruke den informasjonen til å belyse de temaene han/hun mener er viktige, til å komme med saklig informasjon slik at pasienten forstår hvorfor jeg argumenterer for det jeg sier».*

Det handler om å bevare håpet på samme tid som pasienten får den faglige informasjonen. Et annet funn omhandler non – verbalt språk. Det ble trukket fram av enkelte informanter som noe de var bevisst for å bidra til en tillitsskapende og trygg atmosfære. En informant beskriver hvordan det kroppslige og verbale språket benyttes, ved å bevare roen i en vanskelig situasjon:

*«Inne på rommet møtte jeg en sint, ung mann som var helt stiv i blikket, og som satte i gang å rope ut sin frustrasjon over situasjonen. Han var mildt sagt opprørt over det meste, og det var vanskelig å få et bilde av om hva hovedproblemet var akkurat der og da. Jeg satte meg rolig ned på en stol ved siden av og avbrøt taleflommen hans på et passende tidspunkt, og hilste deretter høflig på han. Han stoppet opp et sekund, litt forfjamset, så roet han seg litt etter det. Jeg fikk da en helt annen kontakt med han».*

Sykepleieren klarte sannsynligvis å skape en bedre relasjon med pasienten ved å kommunisere på en god måte. Det rolige kroppsspråket virker å ha en signaleffekt som bidrar til ro hos pasienten. Det kan bety at pasienten opplever at sykepleieren er interessert i å hjelpe, samt virker trygg i sin rolle.

## 6.0 DRØFTING

Funnene viser at sykepleierne gjennom en aktiv deltakelse i pasientens livsprosess, kan se pasienten, hindre «barrierer» for kommunikasjon, lytte aktivt samt fremme muligheten for håp og trygghet. Diskusjonen inneholder relevant litteratur og forskning for å belyse det som framkom av funnene. Samt sykepleieteorien til Benner & Wrubel.

### 6.1 Å se pasienten

I funnene trekkes empati frem som sentralt i kommunikasjonen. Empati er ifølge Eide og Eide (2007). «*Empati er evnen til å lytte, til å sette seg inn i en annens situasjon og til å forstå den andres følelser og reaksjoner*» (s. 36). Sykepleieren som verbalt og/eller nonverbalt viser sin forståelse av pasientens opplevelse, går inn i en empatisk kontakt som kan ha en omformende og helende kraft (Kelley & Kelley, 2013; Kelley, et al., 2011). Ifølge Nordby (2008) forutsetter vellykket kommunikasjon at mottakeren forstår følelsene, verdiene og holdningene fra avsenderen. Feil oppfatning av hva som uttrykkes fører til misforståelser. Menneskesynet til Benner og Wrubel (1989) fremkommer som viktig. For å forstå pasienten må sykepleieren forstå pasientens situasjon, og at menneskers livsverden kjennetegnes ved å tolke og legge mening i alt de opplever (Konsmo, 1995). Empatiens rolle blir å gjøre disse meningene, pasientens subjektive opplevelse av situasjonen, forståbar (Kelley et al., 2011). Empati handler om å vise den andre at opplevelsen av å være syk blir «sett». «Blikket» sykepleierne anvender vil kunne være avgjørende for om en fanger pasientens mening i situasjonen (Fredriksen, 2011). Dersom sykepleieren på grunn av mislykket forståelse vektlegger egen subjektive opplevelse, på tross av kunnskap og hva pasienten forteller, kan det skape negative konsekvenser for pasienten (Hansson et al., 2011). Hvilket det finnes eksempel av i funnene. Negative følelser som skapes av og ikke bli trodd, eller tatt på alvor, kan føre til større lidelse (Newton et al., 2013; Hansson et al., 2011). Pasienten som føler seg sett, har blitt møtt på en positiv måte, hvilket kan fremme mestring (Hansson et al., 2011; Eide & Eide, 2007). Empati fremstår som viktig for å kunne forstå pasientens situasjon, samt fremme mening og mestring.

Muligheten til å la pasienten se seg selv utenifra ved å presentere egen forståelse av situasjonen, kommer i funn fram som viktig for mestringen. I litteraturen beskrives dette som utfordrende ferdigheter. En kommuniserer for å synliggjøre noe pasienten kanskje ikke ser eller forstår. Pasienten utfordres da til å tenke nytt. Det som synliggjøres må presenteres vennlig som en alliert. Om ikke kan det fremstå som kritikk og virke belastende (Eide & Eide, 2007). Ifølge Benner og Wrubel (1989) vil mennesker som lever med kronisk sykdom utvikle vaner, rutiner og forventninger, kroppslig viten og bakgrunnsforståelse om hvordan det oppleves å være syk. Om å tilegne seg ny kunnskap sier de. «*New possibilities can be learned, but they are encountered or introduced only in the context of the old habits, skills, practices, and expectations*» (Benner & Wrubel, 1989, s. 23). En mestringsstrategi som åpenbart virker avleggs for sykepleieren, kan pasienten oppleve som en naturlig del av livet. Pasientens forståelse av verden og tilværelsen utfordres når sykepleieren veileder han/henne mot ny forståelse. Informasjonen kan føre til ubehag. Derfor må den presenteres på en saklig og lite skremmende måte. Funn delen belyser dette. Eide og Eide (2007) sier at stoff presenter på en god måte kan føre til lettelse og nye muligheter. Godt argumentert kan en passende utfordring gi stoff til ettertanke.

Viktigheten av god kommunikasjon på tvers av yrkesgruppene tas opp av informanter. Det kan være en indirekte måte å hjelpe pasienten på. McCabe og Timmins (2013) sier at høykvalitets pasientrettet pleie, avhenger av godt samarbeid mellom helsearbeidere. Forståelse av situasjonens mening for pasienten, samt å argumentere ut fra egen bakgrunnsforståelse er viktig (Benner & Wrubel, 1989). I funnene snakker en informant med legen, argumenterer for hva som forstås av pasientens situasjon og foreslår hvordan den kan løses. Interpersonell kommunikasjon kan være vanskelig fordi de involverte må lytte aktivt, og vise respekt for hverandres rolle, bidrag og synspunkt. Effektiv kommunikasjon som fremmer samarbeid avhenger av kunnskap og øvelse av kommunikasjonsferdigheter (McCabe & Timmins, 2013).

## 6.2 «Barrierer» for kommunikasjon

Funnene viser potensielle «barrierer» for kommunikasjon. Disse er manglende felles språkplattform, ikke tro på pasienten og mangel på tid. Livskvalitet er ofte et viktig behandlingsmål for kroniske smertepasienter (Fors, 2012). Kommunikasjon er viktig når den angår livskvaliteten til mennesker som må mestre kronisk smerte. At sykepleieren og pasienten sammen skaper felles forståelse av hva som er viktig for pasienten, regnes som en viktig hensikt i kommunikasjonen (Tveiten og Meyer, 2009). Dette kan være argumenter for å utfordre «barrierene» for kommunikasjon.

Tilgjengelig tid er en forutsetning for god kommunikasjon. McCabe og Timmins (2013) viser til pasienter som beskriver områder de verdsetter hos sykepleieren. «Å gi av sin tid» og «å være der» er fremkommende tema. Kleier (2013) beskriver elementene som inngår i en terapeutisk kommunikasjonsform. Innholdet er spesifikke teknikker som inkluderer bruken av åpne spørsmål, berøring, fokus, å gi informasjon, å anerkjenne den andre, parafrasering, refleksjon, stillhet når det passer, samt empati med den andre. En «tilbyr» seg selv. Dette er en pasientsentrert kommunikasjonsmåte som krever tid, spesielt dersom samtalen skifter mye fokus. Fokuset på kommunikasjon hvor en setter av tilstrekkelig tid til samtalen har blitt assosiert med bedre resultater, økt etterlevelse til behandlingsplaner, økt pasienthelse, økt pasienttilfredshet, nøyaktig diagnose og redusert risiko for feilpraksis. Motsetningen til pasientsentrert kommunikasjon er helsepersonellsentrert kommunikasjon. Denne kommunikasjonsformen innebærer mindre tidsbruk og pasienten gis ikke muligheten til å fortelle sin særegne historie og opplevelse av situasjonen. Dette reduserer møtetiden, men er mindre akseptert blant pasientene. Det blir ansett som mindre gunstig for pasientens utfall. Sykepleiere blir ofte evaluert med produktivitet etter hvor mange pasienter de har ansvar for. Arbeidsoppgavene kan være mange og skal utføres innenfor korte tidsrom. Det kan føre til tidsbesparende kommunikasjon som er mer «fordelaktig» for helsepersonell. Tveiten og Meyer (2009) rapporterer utilstrekkelig tid som et problemområde i kommunikasjonen med smertepasienter. Det representerer utfordringer for å oppnå en terapeutisk kommunikasjonsform. Det er i tråd med funnene i denne oppgaven, som viser til utfordringer for å kunne praktisere en pasientrettet kommunikasjon. For å se pasienten må en vie tid til han/henne. Først når tiden er tilgjengelig kan sykepleieren «være der». Sett i det lyset, har pasientsentrert kommunikasjon fordeler. Pasienten får da muligheten til å beskrive sin opplevelse. Tveiten & Meyer (2009) hevder at struktur på samtalen og bevissthet om

samtalens potensielle betydning, kan lette utfordringen. Muligheten til å bruke tilgjengelig tid i henhold til formålet, å hjelpe pasienten til mening og mestring, kan øke.

Dersom sykepleieren ikke uttrykker budskapet på en måte som pasienten forstår, finnes ikke en felles språkplattform som interaksjonen kan baseres på. Rene språklige misforståelser kan forekomme, spesielt dersom pasient eller sykepleier snakker dårlig norsk. Sykepleiere og andre helsearbeidere har ofte hverdagslige forhold til «vanlige» medisinske uttrykk. Pasienter og pårørende kan ha relativt svak forståelse av disse. «Lekmannshelseuttrykk» som ikke har presise definisjoner innenfor helsevesenet, kan også skape misforståelser (Nordby, 2008). Ifølge Benner og Wrubel (1989) har alle en ulik bakgrunnsforståelse. Kulturen, historien, familien samt egen livserfaring former vår forståelse. Nordby (2008) sier fundamentale misforståelser og dårlig kommunikasjon oppstår, hvis sykepleiere tror at «våre verdier» er universelle verdier. Det er viktig at sykepleiere er var for at språklige misforståelser kan oppstå. Enkelte informanter trakk fram betydningen av en felles språklig plattform, som noe de er bevisst på som viktig. Nordby (2008) hevder kommunikasjonen er grunnleggende mislykket dersom sykepleieren tror informasjonen har nådd fram til pasientens bevissthet, mens det i virkeligheten ikke har skjedd. Mot slutten av en samtale bør en oppsummere den viktigste informasjonen som er gitt. Ved tvil bør en kontrollere at alle parter har hørt og forstått det som ble fortalt. Dette for å unngå at sykepleieren får et feilaktig bilde av pasientens situasjon.

Smerte er ikke bare et sansevarsel eller et symptom, men også en subjektiv opplevelse. Det finnes ikke noen objektive mål for opplevelse. Derfor er det også utfordrende å forstå hva smerte egentlig er (Fors, 2012). Det fremkommer av funnene at kroniske smertepasienter kan streve med å bli trodd. Hansson et al. (2011) viser til at dersom sykepleiere unnlater å spørre pasienten om smerten, kan følelsen av å ikke bli trodd oppstå. Når staben har en annen forståelse av smerten enn det pasienten ytrer, kan det resultere i økt lidelse. Negative erfaringene ved å oppleve bagatellisering og bli mistrodd oppleves som krenkende for pasienten. Fors (2012) sier at en myte er at en kan se på mennesker om de har smerte. Faktum er at det ikke nødvendigvis er tilfelle. Det er som regel ingen ytre tegn på kronisk smerte. Denne misforståelsen kan skape mye ubehag for smertepasienter (Fors, 2012). Pasienter risikerer stadig å ikke bli trodd (Newton et al., 2013). I dag innenfor vår kultur med evidensbasert praksis, blir sykepleiere stadig oppfordret til å søke evidens framfor å støtte seg til rutine og tradisjon (Clarke & Iphofen, 2005). Benner og Wrubel (1989) trekker frem at pasienten, som ekspert på sin egen situasjon, kan føle frykt for at hans/hennes kunnskap blir avvist som lite viktig. Det kan være et hinder for behandling dersom tiltak som blir satt i gang ikke samsvarer med pasientens syn på situasjonen. Det gir rett og slett ikke mening for pasienten hevder de. Å tro pasienten er derfor et viktig komponent. Det har stor betydning for relasjonen mellom helsepersonell og pasienten. Sykepleiere som møter kroniske smertepasienter trenger å innse betydningen av å tro pasienten samt vise dette med positiv bekreftelse (Clarke & Iphofen, 2005). En bør være oppmerksom på det faktum at pasienten er eksperten på seg selv, selv om kompetansen til helsearbeidere er viktig og ikke unnlate. Det pasienten beskriver som smerte er smerte. En bør som sykepleier primært være opptatt av pasientens opplevelse av sin situasjon. For å kunne gjøre det må en være seg bevisst egen subjektiv oppfatning av hva en forstår i situasjoner, og alltid sjekke med pasienten dersom en er usikker på om en har oppfattet «rett».

### 6.3 Å lytte aktivt

Aktiv lytting framtrer i funnene som et verktøy sykepleieren kan benytte for å se pasientens problem. Begrepet aktiv lytting beskrives noe forskjellig i litteratur. Eide og Eide (2007) beskriver begrepet som en sammensatt ferdighet, som kan deles i kroppslige og verbale ferdigheter. Kelley og Kelley (2013) sier begrepet betegnes av verbale ferdigheter, som hovedsakelig avstammer fra psykologien. McCabe og Timmins (2013) forklarer det som en metode for å demonstrere engasjement i hva et individ forteller, og at det primært vises gjennom det kroppslige språk. De inkluderer verbale teknikker som tilbakemelding, avklaring og parafrasering som kjennetegn for denne metoden. Ifølge en informant innebærer aktiv lytting å vise pasienten at en er genuint interessert, og er der for å hjelpe. Det gjøres gjennom verbale og/eller nonverbale kommunikasjonsteknikker. Ifølge Nortvedt (2008) kan å lytte bidra til lindring og terapi for pasienten. En får frem det som betyr noe for pasienten, og kan handle ut ifra det (Benner & Wrubel, 1989). Dette er i tråd med at Clarke og Iphofen (2005) sier en positiv bekreftelse styrker sykepleier-pasient relasjonen. En god relasjon bedrer sykepleierens sjanse til å fremme mening og mestring. Aktiv lytting må ikke forveksles med falsk lytting, hvor sykepleieren jobber med praktiske prosedyrer samtidig som pasientens snakker. Det kan få en til å fremstå som travel eller lite interessert (McCabe & Timmins, 2013). Slike opplevelser kan forsterke negative opplevelser for pasienten (Hansson et al., 2011; Nortvedt, 2008; Clarke & Iphofen, 2005). Fra informantene kommer det fram at arbeidspress og krav om effektivitet, kan hindre aktiv lytting. McCabe og Timmins (2013) sier at aktiv lytting kan praktiseres effektivt, i korte og forbigående øyeblikk. Det krever at sykepleieren er oppriktig interessert i pasienten. Den oppriktig interesserte sykepleier bryr seg om pasienten. Som er sentralt i effektiv sykepleie, fordi det lar sykepleieren merke diskrete tegn til bedring eller forverring (Benner & Wrubel, 1989).



## 6.4 Å fremme muligheten for håp og trygghet

Bruk av kommunikasjon for å bevare pasientens håp, beskrives i funnene som en utfordrende balansegang. På ene siden må sykepleieren formidle sitt budskap på en ærlig måte, og på andre siden informere på et «realistisk» vis. Balansegangen er at om en blir for ærlig, eller for realistisk, kan frarøve pasienten håpet for fremtiden. Håp innebærer at individet ønsker å virkeliggjøre en fremtidig tilstand. Realiseringen av tilstanden er usikker, men sannsynlig (Herrestad, 2009). Videre er realiseringen av pasientens håp avhengig av andres (sykepleiere, familie, venner med mere) handlinger og støtte, og at de deler pasientens håp (Herrestad, 2009). En sykepleier som for eksempel hjelper pasienten å sette og jobbe seg mot et mål, leder veien til håp. Språket som sykepleiere benytter og relasjonen til pasienten, innvirker på pasientens bevaring eller utvikling av håp. Å vise pasientene at en bryr seg, gjøres ved å bli kjent med dem som person og ikke bare en diagnose (Kautz, 2008). Ved å bevare håp, kan en hindre nedbrytning av det som gir pasienten mening. Det betyr at pasienten kan se flere alternativer for å mestre sin situasjon (Benner & Wrubel, 1989).

Nonverbalt språk beskriver hvordan en benytter seg av kroppen, bevisst eller ubevisst, for å sende signaler til den andre (Kelley & Kelley, 2013; Eide & Eide, 2007). I funnene trekker informanter frem betydningen av å være kroppsspråket bevist. De beskriver det som nyttig for en tillitsskapende og trygg atmosfære. Dette eksemplifiseres i funn. Tillit og trygghet kan skapes ved blant annet å benytte øyekontakt, bekreftende nikk, uttrykke ro og tilstedeværelse med ansiktet samt orienteringen av kroppen (Kelley & Kelley, 2013; Eide & Eide, 2007). Eide og Eide (2007) sier kroppsspråket må henge sammen med det verbale språket, hvis ikke kan pasienten oppleve at sykepleieren tilsynelatende mener det motsatte av hva som sies. Dette støttes også opp av Nordby (2008), som trekker det frem som en stor årsak til dårlige relasjoner. Målet er å kommunisere på en terapeutisk måte for å fremme, velvære, trygghet, sikkerhet og tillit. Hvilket er essensielt for å skape en positiv sykepleier-pasient relasjon. Det kan tillate å styrke pasientens mestring (McCabe & Timmins, 2013).

## 7.0 KONSEKVENSER FOR SYKEPLEIEPRAKSIS

Mennesket er et selvtolkende vesen, som defineres gjennom å leve sitt liv. Hva en ser på som viktig påvirker ens handlinger. Sykepleierens menneskesyn/holdning blir derfor viktig for hvordan en møter den andre, og hvilke muligheter en har for å hjelpe. Da smerter er en høyst subjektiv opplevelse hos mennesket som er rammet, må sykepleieren «få tak i» pasientens sin situasjon, men også være bevisst egen subjektive oppfatning av situasjonen. Dette for å unngå at en tilskriver pasienten meninger og opplevelser som ikke er sanne, da det vil forringe muligheten til å fremme mening eller mestring hos pasienten. For å kunne kommunisere godt med pasienten, og sette seg inn i pasientens opplevelse av situasjonen, fordrer det at sykepleieren også har tilgjengelig tid. Utilstrekkelig tid peker seg frem som et mulig hinder for en pasientrettet kommunikasjon med terapeutisk hensikt. Med terapeutisk kommunikasjon kan en fremme muligheten for blant annet velvære, trygghet, sikkerhet og tillit. Hvilket er essensielt for skapelsen av en positiv sykepleier-pasient relasjon, som kan tillate å styrke pasientens mestring. Funnene gir inntrykk av sykepleiere som er bevisst sin måte å kommunisere med pasienten på. Den enkeltes kunnskapsnivå om kroniske smerter og kommunikasjon kommer riktignok ikke tydelig fram. Derfor fremstår det som usikkert om kommunikasjonen generelt blir brukt med en terapeutisk hensikt, i møtet med den kroniske smertepasienten.

## LITTERATURLISTE

Aadland, Einar. (2004). *"Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. Oslo: Universitetsforl.

Almås, Hallbjørg, Danielsen, Astrid, & Berntzen, Helene. (2010). Sykepleie ved smerte. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 355-399). Oslo: Gyldendal akademisk.

Alver, Bente Gullveig, & Øyen, Ørjar. (1997). Personvern og samtykke. I B. G. Alver & Ø. Øyen (red.), *Forskningsetikk i forskerhverdag: vurderinger og praksis* (s. 102-119). [Oslo]: Tano Aschehoug.

Benner, Patricia, & Wrubel, Judith. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.

Bonezzi, C., Demartini, L., & Buonocore, M. (2012). Chronic pain: not only a matter of time. *Minerva Anestesiol*, 78(6), 704-711.

Brinchmann, Berit Støre. (2008). *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Clarke, K. A., & Iphofen, R. (2005). Believing the patient with chronic pain: a review of the literature. *Br J Nurs*, 14(9), 490-493.

Cole, Frances, & Røen, Petter. (2011). *Å bekjempe kroniske smerter*. Trondheim: Tapir akademisk.

Dahl, Carl Ivar. (2007). Hva gjør folk til pasienter. I A. Aambø (red.), *Smerter: smerteopplevelse og atferd* (s. 101-110). Oslo: Cappelen akademisk.

Dalland, Olav. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Damasceno, M. M., Zanetti, M. L., de Carvalho, E. C., Teixeira, C. R., de Araujo, M. F., & Alencar, A. M. (2012). Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. *Rev Lat Am Enfermagem*, 20(4), 685-692.

Dreyer, Pia. (2010). Fortellingen. I A.-M. Graubæk (red.), *Å være pasient: en innføring i pasientologi* (s. 91-103). [Oslo]: Akribe.

Dysvik, E., Kvaloy, J. T., & Furnes, B. (2014). A mixed-method study exploring suffering and alleviation in participants attending a chronic pain management programme. *J Clin Nurs*, 23(5-6), 865-876. doi: 10.1111/jocn.12270

Dysvik, E., Natvig, G. K., & Furnes, B. (2013). A narrative approach to explore grief experiences and treatment adherence in people with chronic pain after participation in a pain-management program: a 6-year follow-up study. *Patient Prefer Adherence*, 7, 751-759. doi: 10.2147/ppa.s46272

- Eide, Hilde. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 354-369). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eide, Hilde, & Eide, Tom. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ersek, Mary., & Polomano, Rosemary C. (2011). Pain. I S. L. Lewis, S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper, L. Bucher & I. M. Camera (red.), *Medical surgical nursing: assessment and management of clinical problems* (s. 127-152). St. Louis, Mass.: Elsevier Mosby.
- Fisher, G. S., Emerson, L., Firpo, C., Ptak, J., Wonn, J., & Bartolacci, G. (2007). Chronic pain and occupation: an exploration of the lived experience. *Am J Occup Ther*, 61(3), 290-302.
- Fjerstad, Elin. (2010). *Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fors, Egil Andreas. (2012). *Hva er smerte*. Oslo: Universitetsforl.
- Frank, Kari, Hanssen, Kjersti Træland, & Beiske, Antonie Gæver. (2013). *Du ser jo så godt ut!: kronisk sykdom bak fasaden*. Oslo: Gyldendal.
- Fredriksen, Sven-Tore Dreyer. (2011). *Intensivpasientens gåtefulle kunnskap: om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst* (nr. 2011:3). Göteborg: NHV.
- Halvorsen, Knut. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Hansson, K. S., Fridlund, B., Brunt, D., Hansson, B., & Rask, M. (2011). The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. *Scand J Caring Sci*, 25(3), 444-450. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00847.x
- Herrestad, Henning. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14(1), 16-20.
- Hillestad, Adelheid Hummelvoll (2007). Den Udefinerbare Smertern. I A. Aambø (red.), *Smerter: smerteopplevelse og atferd* (s. 19-40). Oslo: Cappelen akademisk.
- Kautz, D. (2008). Inspiring hope in our rehabilitation patients, their families, and ourselves. *Rehabil Nurs*, 33(4), 148-153, 177.
- Kelley, Kevin, J, & Kelley, Mary, F. (2013). Teaching empathy and other compassion-based communication skills. *J Nurses Prof Dev*, 29(6), 321-324. doi: 10.1097/01.nnd.0000436794.24434.90
- Kelley, Kevin J., Lep, April W., & Frinzi, Christa. (2011). Empathy and nursing education from mirror neurons to the experience of empathy: 21st century nursing education. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 22-28.
- Kirkeby, Per-Erik, & Kirkeby, Willy A. (2012). *Stor engelsk ordbok*. [Oslo]: Vega forl.

Kleier, J. A. (2013). Disarming the patient through therapeutic communication. *Urol Nurs*, 33(3), 110, 133.

Kokkersvold, Else. (2010). Narrativ vitenskapelig forskning i samfunnsfagene. I E. Arntzen & J. Tolsby (red.), *Studenten som forsker i utdanning og yrke: vitenskapelig tenkning og metodebruk* (nr. 10/2010, s. 93-112). Bekkestua: Høgskolen.

Konsmo, Trulte. (1995). *En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori*. [Oslo]: TANO.

Kranz, D., Bollinger, A., & Nilges, P. (2010). Chronic pain acceptance and affective well-being: a coping perspective. *Eur J Pain*, 14(10), 1021-1025. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.03.010

Landmark, Tormod, Romundstad, Pål, Dale, Ola, Borchgrevink, Petter C., Vatten, Lars, & Kaasa, Stein. (2013). Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain*, 4(4), 182-187. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.07.022>

McCabe, Catherine, & Timmins, Fiona. (2013). *Communication skills for nursing practice*. New York: Palgrave Macmillan.

Newton, B. J., Southall, J. L., Raphael, J. H., Ashford, R. L., & LeMarchand, K. (2013). A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Manag Nurs*, 14(3), 161-171. doi: 10.1016/j.pmn.2010.09.001

Nielsen, Christopher Sivert, Steingrimsdóttir, Ólöf Anna , Berg, Christian, & Hånes, Hanna. (2010, 08.03.2013). Kroniske smerter - faktaark med helsestatistikk. Hentet 23.03, 2014, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84067>

Nissen, Veslemøy Egede, & Knutsen, Ingrid Ruud (2010). Narrativer som metode i bachelorprosjekter i sykepleieutdanning: . I E. Arntzen & J. Tolsby (red.), *Studenten som forsker i utdanning og yrke: vitenskapelig tenkning og metodebruk* (nr. 10/2010, s. 113-127). Bekkestua: Høgskolen.

Nordby, Halvor. (2008). Oppfatter pasienten det du sier? *Sykepleien*, 68-71. doi: DOI: 10.4220/sykepleiens.2008.0050

Nortvedt, Finn. (2008). Når smerte blir lidelse. *Sykeplen forskning*, 3(3), 144-151. doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0044

Rafty, Miriam N., Sarma, Kiran, Murphy, Andrew W., De la Harpe, Davida, Normand, Charles, & McGuire, Brian E. (2011). Chronic pain in the Republic of Ireland—Community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: Results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, Part 1. *PAIN*, 152(5), 1096-1103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.01.019>

Rustøen, Tone. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø, P. Brodal & B. Norheim (red.), *Smerter: smerteopplevelse og atferd* (s. 233 s. : ill.). Oslo: Cappelen akademisk.

Rustøen, Tone, & Wahl, Astrid Klopstad. (2008). Smerte og livskvalitet. I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 340-353). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snelgrove, S., & Liossi, C. (2013). Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illn*, 9(4), 283-301. doi: 10.1177/1742395313476901

Stubhaug, Audun, & Ljoså, Tone Marte. (2008). Hva er smerte? . I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte* (s. 22-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Talseth, A. G. (2001). Relasjonen mellom selvmordpasienter, deres pårørende og helsepersonell. *Suicidologi*, 6(2), 21-22.

Tveiten, Sidsel, & Meyer, Ingrid. (2009). 'Easier said than done': empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals' perspective. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 804-812. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00921.x

Wangensteen, Boye. (2005). *Bokmålsordboka: definisjons- og rettskrivningsordbok*. Oslo: Kunnskapsforl.

Werner, Mads, & Leden, Ido. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

### **Selvvalgt litteratur:**

Antall sider selvvalgt litteratur: 669

Alver, Bente Gullveig, & Øyen, Ørjar. (1997). Personvern og samtykke. I B. G. Alver & Ø. Øyen (red.), *Forskningsetikk i forskerhverdag: vurderinger og praksis* (s. 102-119). [Oslo]: Tano Aschehoug.

Benner, Patricia, & Wrubel, Judith. (1989). *The primacy of caring: stress and coping in health and illness*. Menlo Park, Calif.: Addison-Wesley.

Bonezzi, C., Demartini, L., & Buonocore, M. (2012). Chronic pain: not only a matter of time. *Minerva Anestesiol*, 78(6), 704-711.

Clarke, K. A., & Iphofen, R. (2005). Believing the patient with chronic pain: a review of the literature. *Br J Nurs*, 14(9), 490-493.

Cole, Frances, & Røen, Petter. (2011). *Å bekjempe kroniske smerter*. Trondheim: Tapir akademisk.

Dahl, Carl Ivar. (2007). Hva gjør folk til pasienter. I A. Aambø (red.), *Smarter: smerteopplevelse og atferd* (s. 101-110). Oslo: Cappelen akademisk.

Damasceno, M. M., Zanetti, M. L., de Carvalho, E. C., Teixeira, C. R., de Araujo, M. F., & Alencar, A. M. (2012). Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. *Rev Lat Am Enfermagem*, 20(4), 685-692.

- Dreyer, Pia. (2010). Fortellingen. I A.-M. Graubæk (red.), Å være pasient: en innføring i pasientologi (s. 91-103). [Oslo]: Akribe.
- Dysvik, E., Kvaloy, J. T., & Furnes, B. (2014). A mixed-method study exploring suffering and alleviation in participants attending a chronic pain management programme. *J Clin Nurs*, 23(5-6), 865-876. doi: 10.1111/jocn.12270
- Dysvik, E., Natvig, G. K., & Furnes, B. (2013). A narrative approach to explore grief experiences and treatment adherence in people with chronic pain after participation in a pain-management program: a 6-year follow-up study. *Patient Prefer Adherence*, 7, 751-759. doi: 10.2147/ppa.s46272
- Eide, Hilde. (2008). Kommunikasjon, relasjon og smerte. I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet (s. 354-369). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ersek, Mary., & Polomano, Rosemary C. (2011). Pain. I S. L. Lewis, S. R. Dirksen, M. M. Heitkemper, L. Bucher & I. M. Camera (red.), *Medical surgical nursing: assessment and management of clinical problems* (s. 127-152). St. Louis, Mass.: Elsevier Mosby.
- Fisher, G. S., Emerson, L., Firpo, C., Ptak, J., Wonn, J., & Bartolacci, G. (2007). Chronic pain and occupation: an exploration of the lived experience. *Am J Occup Ther*, 61(3), 290-302.
- Fjerstad, Elin. (2010). Frisk og kronisk syk: et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Fors, Egil Andreas. (2012). Hva er smerte. Oslo: Universitetsforl.
- Frank, Kari, Hanssen, Kjersti Træland, & Beiske, Antonie Giæver. (2013). Du ser jo så godt ut!: kronisk sykdom bak fasaden. Oslo: Gyldendal.
- Fredriksen, Sven-Tore Dreyer. (2011). Intensivpasientens gåtefulle kunnskap: om erfart kunnskap og kunnskapsformidling i en intensivkontekst (nr. 2011:3). Göteborg: NHV.
- Halvorsen, Knut. (2002). Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Hansson, K. S., Fridlund, B., Brunt, D., Hansson, B., & Rask, M. (2011). The meaning of the experiences of persons with chronic pain in their encounters with the health service. *Scand J Caring Sci*, 25(3), 444-450. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00847.x
- Herrestad, Henning. (2009). Om begrepet håp. *Suicidologi*, 14(1), 16-20.
- Hillestad, Adelheid Hummelvoll (2007). Den Udefinerbare Smertern. I A. Aambø (red.), *Smerter: smerteopplevelse og atferd* (s. 19-40). Oslo: Cappelen akademisk.
- Kautz, D. (2008). Inspiring hope in our rehabilitation patients, their families, and ourselves. *Rehabil Nurs*, 33(4), 148-153, 177.

Kelley, Kevin, J. & Kelley, Mary, F. (2013). Teaching empathy and other compassion-based communication skills. *J Nurses Prof Dev*, 29(6), 321-324. doi: 10.1097/01.nnd.0000436794.24434.90

Kelley, Kevin J., Lep, April W., & Frinzi, Christa. (2011). Empathy and nursing education from mirror neurons to the experience of empathy: 21st century nursing education. *International Journal for Human Caring*, 15(4), 22-28.

Kirkeby, Per-Erik, & Kirkeby, Willy A. (2012). *Stor engelsk ordbok*. [Oslo]: Vega forl.

Kleier, J. A. (2013). Disarming the patient through therapeutic communication. *Urol Nurs*, 33(3), 110, 133.

Kokkersvold, Else. (2010). Narrativ vitenskapelig forskning i samfunnsfagene. I E. Arntzen & J. Tolsby (red.), *Studenten som forsker i utdanning og yrke: vitenskapelig tenkning og metodebruk* (nr. 10/2010, s. 93-112). Bekkestua: Høgskolen.

Konsmo, Trulte. (1995). En hatt med slør-: om omsorgens forhold til sykepleie : en presentasjon av Benner og Wrubels teori. [Oslo]: TANO.

Kranz, D., Bollinger, A., & Nilges, P. (2010). Chronic pain acceptance and affective well-being: a coping perspective. *Eur J Pain*, 14(10), 1021-1025. doi: 10.1016/j.ejpain.2010.03.010

Landmark, Tormod, Romundstad, Pål, Dale, Ola, Borchgrevink, Petter C., Vatten, Lars, & Kaasa, Stein. (2013). Chronic pain: One year prevalence and associated characteristics (the HUNT pain study). *Scandinavian Journal of Pain*, 4(4), 182-187. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2013.07.022>

McCabe, Catherine, & Timmins, Fiona. (2013). *Communication skills for nursing practice*. New York: Palgrave Macmillan.

Newton, B. J., Southall, J. L., Raphael, J. H., Ashford, R. L., & LeMarchand, K. (2013). A narrative review of the impact of disbelief in chronic pain. *Pain Manag Nurs*, 14(3), 161-171. doi: 10.1016/j.pmn.2010.09.001

Nielsen, Christopher Sivert, Steingrimsdóttir, Ólöf Anna , Berg, Christian, & Hånes, Hanna. (2010, 08.03.2013). Kroniske smerter - faktaark med helsestatistikk. Hentet 23.03, 2014, fra <http://www.fhi.no/artikler/?id=84067>

Nissen, Veslemøy Egede, & Knutsen, Ingrid Ruud (2010). Narrativer som metode i bachelorprosjekter i sykepleieutdanning: . I E. Arntzen & J. Tolsby (red.), *Studenten som forsker i utdanning og yrke: vitenskapelig tenkning og metodebruk* (nr. 10/2010, s. 113-127). Bekkestua: Høgskolen.

Nordby, Halvor. (2008). Oppfatter pasienten det du sier? *Sykepleien*, 68-71. doi: DOI: 10.4220/sykepleiens.2008.0050

Nortvedt, Finn. (2008). Når smerte blir lidelse. *Sykepleien forskning*, 3(3), 144-151. doi: 10.4220/sykepleienf.2008.0044



Raftery, Miriam N., Sarma, Kiran, Murphy, Andrew W., De la Harpe, Davida, Normand, Charles, & McGuire, Brian E. (2011). Chronic pain in the Republic of Ireland—Community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: Results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, Part 1. *PAIN*, 152(5), 1096-1103. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2011.01.019>

Rustøen, Tone. (2007). Sykepleie, smerte og smertelindring. I A. Aambø, P. Brodal & B. Norheim (red.), *Smerter: smerteopplevelse og atferd* (s. 233 s. : ill.). Oslo: Cappelen akademisk.

Rustøen, Tone, & Wahl, Astrid Klopstad. (2008). Smerte og livskvalitet. I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte: fra nocisepsjon til livskvalitet* (s. 340-353). Oslo: Gyldendal akademisk.

Snelgrove, S., & Liossi, C. (2013). Living with chronic low back pain: a metasynthesis of qualitative research. *Chronic Illn*, 9(4), 283-301. doi: 10.1177/1742395313476901

Stubhaug, Audun, & Ljoså, Tone Marte. (2008). Hva er smerte? . I T. Rustøen & A. K. Wahl (red.), *Ulike tekster om smerte* (s. 22-46). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Talseth, A. G. (2001). Relasjonen mellom selvmordspasienter, deres pårørende og helsepersonell. *Suicidologi*, 6(2), 21-22.

Tveiten, Sidsel, & Meyer, Ingrid. (2009). 'Easier said than done': empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals' perspective. *Journal of Nursing Management*, 17(7), 804-812. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00921.x

Wangensteen, Boye. (2005). *Bokmålsordboka: definisjons- og rettskrivningsordbok*. Oslo: Kunnskapsforl.

Werner, Mads, & Leden, Ido. (2010). *Smärta och smärtbehandling*. Stockholm: Liber.

## **VEDLEGG**

### **Vedlegg 1. Informantbrev**

#### **Studie om kommunikasjon og kroniske smerter**

##### **Forespørsel om å være informant**

Vi er to sykepleierstudenter ved Universitetet i Nordland som holder på med bacheloroppgaven vår. I den forbindelse søker vi informanter som kan bidra med fortellinger om temaet kommunikasjon og kronisk smerte. Veileder for prosjektet er (**sensurert**) I oppgaven skal vi fokusere på kommunikasjonen i sykepleier - pasient forholdet. Da spesifikt hvordan sykepleieren benytter seg av kommunikasjon, og hvilken betydning den har for å hjelpe den kroniske smertepasienten med mestring av sin egen situasjon. Dette fordi det beskrives i litteraturen at kommunikasjon kan ha betydning for pasientens smertesituasjon. Videre ser vi etter hvilke konsekvenser kommunikasjon kan ha for sykepleiepraksis.

##### **Hva er innebærer studien for deg**

Det vi spør deg om, er om du kan skrive ned en/ flere fortelling(er) fra ditt praksisfelt om hvordan du bruker kommunikasjon for å bedre pasientens situasjon med kroniske smerter. Du kan beskrive hvordan du benytter verbal- nonverbal/kroppsspråk i dialogen med pasienten for å påvirke situasjonen til det bedre for pasienten? Benyttet du en spesifikk kommunikasjonsteknikk?

Fortellingen kan gjerne ta utgangspunkt i en, eller flere spesielle situasjoner som du husker godt fra din sykepleiekarriere i møte med kroniske smertepasienter. Lengde på fortellingen er opp til deg, den kan være på omtrent en A4 side, eller mer. Du kan skrive både på PC, eller for hånd. Fristen for å sende inn fortellingen i ferdig frankert og adressert konvolutt er 27. feb. 2014.

##### **Mulige fordeler og ulemper**

Det kan ta litt tid for deg å skrive ned fortellingen(e). Å reflektere over egen praksis kan også føre til refleksjoner som ikke har fremkommet tidligere. Kunnskapen vi får frem vil

forhåpentlig kunne bidra til at studenter og sykepleiere får mer kunnskap om kommunikasjon som terapeutisk redskap, noe som vil kunne medføre at sykepleiere blir mer bevisst betydningen av kommunikasjonen i sykepleier - pasient forholdet.

### **Hva skjer med fortellingene**

Fortellingen du sender inn skal inngå i et større materiale av fortellinger, og skal inn fortolkes etter en forskningsanalyse. Den skal, sammen med andre fortellinger, presenteres som studiens funn. Funnene drøftes så opp mot teori og tidligere forskning.

Ingen fortelling vil følge med den ferdige oppgaven slik som vi mottok den, derimot vil små "klipp" fra fortellingene inngå i teksten. All informasjon som ikke brukes tilintetgjøres etter at oppgaven er slutført.

### **Personvern og retten til å trekke seg**

Ut fra etiske retningslinjer skal informanten og fortellingene være anonymisert for å opprettholde vernet om informantenes anonymitet.

Som Informant kan du til en hver tid trekke deg fra å være informant, uten at det skal bli personlige konsekvenser for deg. Dette trenger ikke å begrunnes. Dersom du trekker deg fra studien kan du kreve å få slettet fortellingen, med mindre den allerede er inngått i analyse eller den ferdige oppgaven.

Bodø, 18. feb. 2014